



# FORMULARIO DE QUEJA POR VIOLACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y SEGURIDAD

Use este formulario para presentar una queja relacionada con una violación de privacidad o seguridad ante Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma. Al presentar esta queja, usted no renuncia a ningún derecho otorgado a usted conforme a las leyes federales o estatales. También puede presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Si necesita ayuda para rellenar este formulario, comuníquese con Servicio al Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de asegurado. Rellene el formulario en su totalidad.

AL RELLENARLO Y FIRMARLO, ENVÍELO POR CORREO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

**Privacy Office**  
**Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma**  
**300 E. Randolph Street**  
**Chicago, IL 60601-5099**

**Sección A** Proporcione la siguiente información:

nombre \_\_\_\_\_ apellido \_\_\_\_\_ n.º de grupo \_\_\_\_\_  
n.º de seguro social \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ n.º de asegurado \_\_\_\_\_  
domicilio \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_  
código de área y teléfono \_\_\_\_\_ correo electrónico (si tiene) \_\_\_\_\_

**Sección B** Escriba una declaración breve de su queja:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sección C** Firma:

Este documento tiene que estar firmado por el interesado, uno de los padres de un menor o por el representante personal del solicitante.

Entiendo que solo podré firmar en nombre de un menor de 18 años, a menos que exista prueba legal de tutela.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: mes/día/año \_\_\_\_\_

**Sección D** Si un representante personal firma la Sección C, proporcione la siguiente información:

Si firma con capacidad de un poder notarial, tutor, albacea o administrador, adjunte una copia de los documentos legales. **NO** tiene que adjuntar copias de estos documentos si ya constan en los archivos de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma.

nombre del representante autorizado \_\_\_\_\_  
parentesco con la persona que solicita la información \_\_\_\_\_  
domicilio del representante autorizado \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_  
estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_ código de área y teléfono del representante autorizado \_\_\_\_\_  
correo electrónico del representante autorizado (si tiene) \_\_\_\_\_

**Queda estrictamente prohibido modificar el formato, el contenido o la marca comercial de este formulario sin previa autorización del Departamento de Asuntos de Privacidad de HCSC (HCSC Privacy Office).**